

## VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA IMAGEN CORPORAL, AUTOESTIMA, SEXUALIDAD Y MALESTAR EMOCIONAL (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF A GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON BODY IMAGE, SELF-ESTEEM, SEXUALITY AND DISTRESS IN BREAST CANCER PATIENTS

Almudena Narváez\*, Carmen Rubiños\*\*, Fabiola Cortés-Funes\*, Raquel Gómez\*\*\* y Anjara García\*

\* Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

\*\* Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Cuenca.

\*\*\* Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Tenerife.

### Resumen

El cáncer de mama influye, al igual que su tratamiento, de manera significativa en aspectos psicológicos de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas por esta enfermedad. Dentro de estos aspectos, cabe destacar los cambios que se producen en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de un tratamiento psicológico grupal cognitivo-conductual en la triada imagen corporal-autoestima-sexualidad, en el estado de ánimo y en la sintomatología ansiosa.

Se evaluó a 38 mujeres libres de enfermedad que acuden a consultas de revisión del Hospital Universitario 12 de Octubre. Estas 38 mujeres se asignaron aleatoriamente al grupo experimental de tratamiento grupal y a una condición control sin tratamiento. Se llevó a cabo una evaluación pre y postratamiento en dos grupos, uno experimental y otro control, y se midieron las siguientes variables con los siguientes instrumentos: Depresión (Inventario de Depresión de Beck, —BDI—), Ansiedad de Estado (Cuestionario de Ansiedad Estado -STAI-E-), Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg), e imagen corporal (Escala de Imagen Corporal de Hopwood), presencia/ausencia de problemas sexuales y la satisfacción sexual (tres preguntas de respuesta cerrada).

El tratamiento grupal se compone de 9 sesiones con frecuencia semanal y con una du-

### Abstract

Breast cancer and its treatment has a great influence on psychological factors of patients diagnosed and treated for their illness. According to these factors, we are going to emphasize the changes produced on body image, self-esteem, and sexuality.

The aim of this study is to manage body image, sexuality, self-esteem, mood and anxiety symptoms with a cognitive - behavioural focus group.

Thirty-eight disease-free women were evaluated. Median follow up for breast cancer was three years at Doce de Octubre Hospital (Madrid). These women were randomized, into two groups, experimental (cognitive behavioural therapy) and control (observation). Once the experimental group treatment finished we evaluated both groups to check the effectiveness of the intervention.

The measures in the two groups were done using the following scales: Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), 10-item Body Image Scale (BIS). The sexual dysfunction and sexual satisfaction were measured by a simple question.

The group treatment had 9 an-hour-and-a-half- sessions, once a week. This 9 sessions were divided in four groups; two for the mood status, four for the body image and self esteem, two for sexuality and the last one for closing with the tests.

### Correspondencia:

Almudena Narváez Arróspide

Unidad de Psico-Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Córdoba s/n. 28041 Madrid

E-mail: psiconco@h12o.es

ración de una hora y media cada una. Estas 9 sesiones fueron divididas en cuatro bloques de tratamiento: un módulo de estado de ánimo (2 sesiones), un módulo de imagen corporal y autoestima (4 sesiones), un módulo de sexualidad (2 sesiones) y un cuarto módulo de despedida donde se recogió la medida postratamiento.

Los resultados muestran que el tratamiento produjo mejoras significativas en comparación con el grupo control en las puntuaciones del BDI ( $p=0,005$ ), STAI-E ( $p=0,002$ ), autoestima ( $p=0,001$ ) e imagen corporal ( $p=0,014$ ). Por lo tanto, se demuestra la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la mejora de la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad después de haber pasado por un cáncer de mama.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, tratamiento psicológico grupal, imagen corporal, autoestima, sexualidad.

The data show that the treatment was effective significantly comparing the experimental and the control group in the BDI score ( $p=0.005$ ), STAI-E ( $p=0.002$ ), self-esteem ( $p=0.001$ ) and body image ( $p=0.014$ ). Therefore, the effectiveness of the cognitive-behavioral treatment is demonstrated in group therapy for the improvement of the self-esteem, the corporal image and the sexuality after suffer a breast cancer.

**Key words:** Breast cancer, group therapy, body image, self-esteem, sexuality.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las enfermedades neoplásicas que ha recibido mayor consideración en los últimos años. Constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en los países industrializados. En los países latinoamericanos y africanos ocupa el segundo lugar, después del cáncer de cérvix uterino y en los países del continente asiático es también el segundo, después del cáncer gástrico<sup>(1)</sup>.

En España, se diagnostican unos 16.000 casos anuales y se produce la muerte de casi 6.000 mujeres al año, con una tasa de incidencia ajustada por edad, en 1998, de 67 por 100.000 mujeres, siendo esta tasa, una de las más bajas de Europa<sup>(2)</sup>.

Los avances en el diagnóstico, tratamiento y detección precoz por medio de mamografías han hecho que la supervivencia a los cinco años del diagnóstico sea de más del 70%. Este aumento considerable de la supervivencia ha hecho que aumente el interés y los estudios

sobre el impacto psicológico del diagnóstico y los tratamientos<sup>(3)</sup>.

Son llamativos los efectos que provocan en la autoestima, sexualidad e imagen corporal, el diagnóstico y los tratamientos para el cáncer de mama. Estos efectos pueden mantenerse en el tiempo y no desaparecer tras el fin de los tratamientos<sup>(3-9)</sup>.

La imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la asimetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, tales como alopecia, aumento/disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales, siendo frecuente la disminución de las mismas o la aparición de algún tipo de trastorno sexual<sup>(3, 10-12)</sup>.

Igualmente impactante puede ser el efecto del cáncer de mama sobre la autoestima, sobre todo en aquellas mujeres que basan su autoconcepto en atributos físicos<sup>(3)</sup>.

Por todo esto, la intervención psicológica en la imagen corporal en este tipo de enfermedad neoplásica ha adquirido mucha importancia y representa un reflejo de la necesidad que tienen las pacientes de recibir una atención sanitaria que recoja el impacto emocional que provoca su diagnóstico y las dificultades de adaptación que surgen como resultado de los tratamientos tales como cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia<sup>(1)</sup>.

Esta atención psicológica puede ser individual, de pareja, familiar y grupal. Dentro de estos tipos de tratamiento, el grupal cuenta con numerosas investigaciones que avalan su eficacia, puesto que es una herramienta terapéutica muy poderosa y rentable que fomenta las interacciones interpersonales, las cuales son de gran importancia en el desarrollo psicológico<sup>(13-15)</sup>. Asimismo, estudios de Edelman et al<sup>(16)</sup> y Cocker et al<sup>(17)</sup> avalan la eficacia de la terapia psicológica grupal para mejorar la autoestima y los trabajos de Vos et al<sup>(18)</sup> y de Christensen<sup>(19)</sup> avalan la eficacia de la terapia psicológica para la imagen corporal y la sexualidad, respectivamente.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo del presente estudio es valorar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual grupal en la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, actualmente libres de enfermedad y tratamiento, mediante un diseño experimental de grupo tratamiento y grupo control en lista de espera.

La hipótesis que se plantea en el presente estudio es que el grupo experimental, tras recibir la terapia cognitivo conductual, mejorará significativamente en niveles de depresión, ansiedad-estado, imagen corporal, autoestima y satisfacción sexual.

Mientras que el grupo control, sin tratamiento, no cambiará significativamente en ninguna de las variables anteriores.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está formada por mujeres que acudieron a consultas de revisión al Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre Diciembre 2005 y Febrero 2006.

Los criterios de inclusión fueron:

- Diagnóstico de cáncer de mama.
- Encontrarse en un periodo libre de enfermedad en la actualidad desde hace 3 años.
- Haber sufrido una mastectomía en los últimos tres años y encontrarse, en la actualidad, en tratamiento, únicamente, con hormonoterapia.
- Edad mínima de 30 y máxima de 60 años.

Los criterios de exclusión se fundamentaron en:

- Presencia de psicopatología previa, que requiera medicación específica para su tratamiento.
- Presencia de enfermedad activa.
- Encontrarse en fase de tratamiento activo (excepto hormonoterapia).

La muestra final estuvo compuesta por 38 mujeres con una edad media de 50,2 años (rango de edad: 38-55); de las cuales, el 73% estaban casadas, el 13% viudas y el 13% solteras.

### Diseño

Se emplea un diseño experimental de dos grupos aleatorios con medidas en pre y postratamiento.

La variable independiente es el tratamiento, con dos valores, presencia/ausencia.

Las variables dependientes fueron las siguientes: a) nivel de depresión, b) ansiedad estado, c) autoestima, d) imagen corporal y e) satisfacción sexual y presencia/ausencia de problemas sexuales.

### Instrumentos de evaluación

Para evaluar de una forma continua las variables trabajadas en el grupo se elaboró un protocolo de evaluación formado por los siguientes instrumentos:

- El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997)<sup>(20)</sup>: para evaluar los síntomas depresivos.
- La Escala de Ansiedad Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)<sup>(21)</sup>: para medir la ansiedad-estado.
- La Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>(22)</sup>: para evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.
- La Escala de Imagen Corporal de Hopwood<sup>(23)</sup>: para evaluar la imagen corporal en pacientes oncológicos.

Para evaluar la satisfacción sexual y la ausencia/presencia de problemas sexuales se utilizaron 2 ítems de respuesta cerrada y 1 ítem con varias opciones de respuesta:

- ¿Está usted satisfecha con su vida sexual?: Si/No
- El problema o problemas que desataría de su vida sexual es:
  - Interés escaso o nulo por el sexo
  - Disminución de las sensaciones genitales

- Escasa lubricación vaginal (sequedad),
- Problema para alcanzar el orgasmo, dolor durante la relación sexual y otros;
- ¿Le gustaría hablar de ello con su médico? Si/No

Las puntuaciones de satisfacción sexual se obtuvieron a partir de las contestaciones del ítem 1. Con esta evaluación de la satisfacción sexual, se obtuvieron el número de sujetos que estaban satisfechos con su vida sexual y se valoró si este número aumenta, en el grupo experimental, después del tratamiento.

### PROCEDIMIENTO

Mediante una revisión de las pacientes citadas en consultas en el Servicio de Oncología Médica se seleccionaron las mujeres que cumplían los criterios de inclusión antes citados. Una vez seleccionadas, se efectuó un contacto telefónico para proponer la participación en una terapia de grupo en la cual los temas a tratar eran la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

Una vez citadas, se realizó una primera entrevista individual en la que se aplicó el protocolo de evaluación, compuesto por los instrumentos anteriormente citados y se explicaron las variables a trabajar en el grupo.

De las 38 mujeres seleccionadas, 19 pasaron a formar parte de un grupo control y las otras 19 de un grupo experimental. La distribución en uno u otro grupo se hizo de forma aleatoria. Todas aquellas mujeres que en un principio formaron el grupo control acudieron posteriormente a tratamiento psicológico.

El grupo experimental recibió una terapia de grupo estructurada cognitivo-conductual con una duración de 9 sesio-

nes, con frecuencia semanal y duración de una hora y media cada una. Estas 9 sesiones fueron divididas en cuatro bloques de tratamiento: a) un módulo de estado de ánimo (2 sesiones), b) un módulo de imagen corporal y autoestima (4 sesiones), c) un módulo de sexualidad (2 sesiones) y d) un cuarto módulo de despedida donde se recogió la medida postratamiento. El contenido de los módulos se detalla a continuación.

### **Estado de ánimo y ansiedad**

En este módulo (dos sesiones), cada participante explicaba al grupo cómo se sentía y cómo afectaba su estado de ánimo al proceso de la enfermedad. Una vez hecho esto, se explicaba, mediante psicoeducación, el origen de sentimientos ansiosos, depresivos o mixtos, y cómo lo vive cada persona. A continuación se entrenaba a las participantes en técnicas de relajación (Relajación muscular de Jacobson, respiración abdominal) para disminuir sus niveles de activación y se utilizó además el entrenamiento en autoinstrucciones positivas y la planificación de actividades para obtener un estado de ánimo más adaptativo. Todo esto, doto al grupo de estrategias de afrontamiento útiles para disminuir los niveles elevados de activación y el bajo estado de ánimo.

### **Imagen corporal y autoestima**

A lo largo de este módulo (cuatro sesiones), se evaluó el impacto de la mastectomía en la figura de cada una de las participantes, en el núcleo familiar, en la pareja, así como en sus actividades de ocio. Una vez hecho esto, se utilizaron diferentes técnicas y ejercicios para facilitar la exposición, primero en imaginación y después en vivo, a su nueva imagen. En un primer momento, se les

pidió que realizaran una descripción de sí mismas en cuanto a su imagen corporal y en los diferentes roles de su vida (como pareja, como madre, como amiga, como hija y como profesional). Con esto, se persigue tener una descripción más exacta de su autoimagen y la identificación de posibles distorsiones cognitivas. Además esto nos ayudó a modificar las creencias irracionales en relación a la importancia del aspecto físico en el atractivo y valía personal.

Del mismo modo, y una vez trabajados los aspectos anteriores, se utilizaron fotos artísticas de mujeres mastectomizadas para ayudar a expresar emociones que las fotos suscitaban en ellas y para eliminar la relación existente entre los conceptos "mujer mastectomizada-poco atractiva".

Por último, se entregó como tarea para casa la exposición a su cuerpo desnudo durante al menos 20 segundos al día todos los días de la semana.

### **Sexualidad**

El módulo de sexualidad constó de dos sesiones y se centró en casos y experiencias particulares de las participantes, enlazando además con el módulo anterior explicando cómo pueden mediar la autoestima y la imagen corporal en la sexualidad mediante psicoeducación. Del mismo modo, se utilizó un método de discusión en grupo acerca de diferentes mitos existentes acerca de la sexualidad y la imagen física y entrenamiento en técnicas concretas como la focalización sensorial para mejorar la satisfacción sexual.

### **Despedida**

En la sesión de despedida, la intención se centraba en cerrar la terapia grupal y dar feedback, además de recoger

la medida postratamiento utilizando los mismos instrumentos que en la sesión de evaluación.

Del mismo modo, se realizaba la segunda medición en el grupo control, que comenzaba una nueva terapia de grupo.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para todos los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 10.0.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra de las variables sociodemográficas tales como la edad y el estado civil.

Para comprobar la efectividad del tratamiento en las puntuaciones del BDI, STAI-E, Escala de Autoestima de Rosenberg y escala de Imagen Corporal se realizó una prueba t de Student para muestras relacionadas entre las medidas pre y postratamiento del grupo experimental y control. Asimismo, se utilizó una t de Student para comparar que las medias en el grupo experimental y control eran iguales en pretratamiento, así como que eran significativamente diferentes en el postratamiento. Esta misma prueba, fue utilizada para comparar el tamaño de los cambios producidos en el grupo control y en el experimental.

Para comparar los cambios en satisfacción sexual del pre al postratamiento se llevo a cabo la prueba de McNemar.

## RESULTADOS

### Ansiedad Estado

La ansiedad estado del grupo fue medida por la subescala AE del STAI.

El grupo experimental presentó diferencias significativas entre la medida pre (35) y postratamiento (27,37) ( $p=0,002$ ) en las puntuaciones de esta subescala. Dicha diferencia no se observó en el grupo control, donde las puntuaciones fueron: ansiedad estado pretratamiento (36,47) y postratamiento (36,21) ( $p=0,205$ ) (Ver Tabla 1).

Se puede observar que los cambios producidos en el grupo experimental ( $v=40,64$ ) son significativamente mayores a los producidos en el grupo control ( $v=2,29$ ) ( $p=0,000$ ). Estos porcentajes medios de cambio se obtuvieron con las puntuaciones totales obtenidas por las pacientes, utilizando la fórmula  $A - P/P \times 100$  (Ver Tabla 2).

### Niveles o síntomas de depresión

El estado de ánimo del grupo fue medido con el BDI. El grupo experimental presentó diferencias significativas entre la medida pre (15,53) y postratamiento (11,63) ( $p=0,05$ ) en las puntuaciones de este inventario. Las puntuaciones del grupo control no sufrieron diferencias significativas, siendo estas: pretrata-

Tabla 1: **Puntuaciones obtenidas por el grupo control y experimental en Ansiedad Estado.**

	PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO	
	CONTROL	EXPERIMENTAL	CONTROL	EXPERIMENTAL
STAI-AE	36,47	35 (14,213)**	36,21	27,37 (11,538)**

$p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$

Tabla 2. **Porcentaje medio de cambio para cada grupo (A - P/P x 100)**

PRUEBA	MEDIA EXPERIMENTAL	MEDIA CONTROL	P
STAI-AE	40,64	2,29	0,000
BDI	56,55	3,18	0,050
ROSENBERG	10,95	6,31	0,026
EIC	39,68	7,6	0,012

Tabla 3: **Puntuaciones obtenidas por el grupo control y experimental en depresión.**

	PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO	
	CONTROL	EXPERIMENTAL	CONTROL	EXPERIMENTAL
BDI	21,11	15,53 (10,173)**	20,68	11,63 (7,403)**

p<0,05\*; p< 0,01\*\*

miento (21,11) y postratamiento (20,68) (p=0,042) (Ver Tabla 3). Clínicamente, y siguiendo la baremación que propone el BDI, los sujetos que conformaban el grupo control obtienen unas puntuaciones que sugieren la presencia de una depresión moderada (puntos de corte 19-29). Sin embargo, el grupo experimental, después del tratamiento, muestra unas puntuaciones que sugieren, según los puntos de corte del BDI (10-18), una depresión ligera.

Al igual que en las puntuaciones obtenidas en ansiedad estado, se puede observar como los cambios del grupo sometido a tratamiento son mayores (56,55) que los del grupo en ausencia de tratamiento (3,18) (p = 0.050) (Ver Tabla 2).

### Imagen Corporal

La imagen corporal fue evaluada con la Escala de Imagen Corporal de Hopwood.

Los resultados obtenidos en esta escala en ambos grupos, experimental y control, no muestran diferencias significativas. Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental son: pretratamiento (11), postratamiento (8,89) (p= 0,014); en el grupo control: pretratamiento (15,04), postratamiento (20,68) (p= 0,231) (Ver Tabla 4); y la diferencia de medias entre grupo experimental y grupo control: experimental (39,68), control (7,6) (p= 0,012) (Ver Tabla 2).

### Autoestima

La autoestima fue evaluada mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg.

El grupo control no presentó diferencias significativas en sus puntuaciones pretratamiento (14,95) y postratamiento (15,26) (p= 0,083). Sin embargo, si se pueden observar esas diferencias en las puntuaciones obtenidas en el grupo

Tabla 4: **Puntuaciones obtenidas por el grupo control y experimental en imagen corporal.**

	PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO	
	CONTROL	EXPERIMENTAL	CONTROL	EXPERIMENTAL
IC	15,04	11 (7,867)	15,63	8,89 (6,420)

$p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$

Tabla 5: **Puntuaciones obtenidas por el grupo control y experimental en autoestima.**

	PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO	
	CONTROL	EXPERIMENTAL	CONTROL	EXPERIMENTAL
ROSENBERG	14,95	21,11 (4,026)**	15,26	23,53 (3,893)**

$p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$

Tabla 6: **Satisfacción sexual del grupo control y experimental.**

	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	P
<b>GRUPO CONTROL</b> Satisfacción sexual	SI = 10 NO = 9	SI = 10 NO = 9	1,000
<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b> Satisfacción sexual	SI = 8 NO = 6 Perdidos = 1	SI = 10 NO = 4 Perdidos = 1	0,500

Se observa un aumento de sujetos que presentan una satisfacción sexual adecuada en el grupo experimental, después del tratamiento.

experimental (21,11, 23,53,  $p = 0,001$ ) (ver tabla 1). Asimismo, la variabilidad entre ambos grupos es significativa: grupo experimental (10,95), grupo control (6,31) ( $p = 0,026$ ) (Ver Tablas 2 y 5).

#### **Satisfacción sexual y presencia/ausencia de problemas sexuales**

La satisfacción sexual experimentó una leve mejoría en el grupo experi-

mental entre la medida pretratamiento y la postratamiento, pero las diferencias no fueron significativas (Ver Tabla 6).

#### **CONCLUSIONES**

Se observó una mejoría significativa en el estado de ánimo y sobre todo en la sintomatología ansiosa y la autoestima después del tratamiento. Sin embargo, se observa una mejoría estadísticamen-

te no significativa, en imagen corporal y sexualidad. Esto podría ser debido a que son dos aspectos que necesitarían un mayor número de sesiones para su abordaje, y para obtener una mejoría estadísticamente significativa tras el tratamiento. La imagen corporal y la sexualidad están estrechamente relacionadas, con lo que es esperable que esta mejoría no significativa se produzca precisamente en estos dos aspectos y no en otros. Por otro lado, y al ser aspectos tan íntimos, requieren de las participantes un entrenamiento más específico, que podría lograrse con la ampliación de sesiones dedicadas a esos dos aspectos.

Se observan además diferencias significativas entre las medidas pre y post-tratamiento del grupo experimental y el grupo control, siendo significativamente mayor la variabilidad del grupo experimental en todas las medidas. Los cambios conseguidos en el grupo experimental después del tratamiento son significativamente mayores, sobre todo, en ansiedad estado, depresión y autoestima que los producidos en el grupo control como consecuencia del paso del tiempo. Esto nos confirma que la intervención grupal influye positivamente en la sintomatología psicológica medida que presentan algunas mujeres con cáncer de mama.

Con esto, pensamos que la terapia grupal es eficaz para la ayuda a la adaptación al día a día de una mujer que ha sido diagnosticada de un cáncer de mama. Los beneficios de la intervención grupal como pueden ser la oportunidad de desahogo en grupo, la cohesión que muestran ya tras la primera sesión y el sentirse comprendidas por otras mujeres que han pasado por el mismo proceso, pueden haber contribuido, además del programa de intervención, en la mejora de las puntuaciones medidas. Por

lo tanto, creemos que la intervención grupal cognitivo-conductual se muestra eficaz para el tratamiento de la autoestima, la mejora del estado de ánimo y la sintomatología ansiosa, tras la experiencia de un cáncer de mama.

Como sugerencias para estudios futuros sobre el mismo tema, convendría tener en cuenta la ampliación de la muestra con la intención de conseguir una mayor generalización de los resultados, además de planificar un mayor número de sesiones en los módulos de imagen corporal y sexualidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sebastián Herránz J, Bueno Casas MJ, Mateos de la Calle N. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en cáncer de mama. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
2. Murillo Gonzalez MT, Valentín Maganto V, Valentín Moreno M. Cáncer de mama. En: Valentín Maganto V, editor. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia, 2003; p. 273-90
3. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. En: Die Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: ADES, 2003; p. 165-84.
4. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):169-80
5. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA Cancer J Clin* 1991; 41(2):112-20.
6. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meigier E, Esselstyn CB, Hermann RE et. al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychological adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 1995; 75(1):54-64.

7. Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16:177-82.
8. Dorval M, Mounsell E, Deschenes L, Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1998; 83(10):2130-8.
9. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J* 2004; 10(3):223-31.
10. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blomey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36(15):1938-43.
11. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S et. al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001; 92(5):1288-98.
12. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Gant PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(17):1422-9.
13. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-Existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology* 1997; 6(1):25-33.
14. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J et. al. Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12(6):532-46.
15. Vinogradov S, Yalom ID. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós, 1996.
16. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8(4): 295-305.
17. Cocker KI, Bell DR, Kidman AD. Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: a brief report of a pilot study. *Psychooncology* 1994; 3(3): 233-7.
18. Vos PJ, Visser AP, Garsen B, Duivenvoorden HJ, de Haes HCJM. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Pat Educ Couns* 2006; 60(2): 212-9.
19. Christensen DN. Postmastectomy couple counseling: an outcome study of a structured treatment protocol. *J Sex Marital Ther* 1983; 9: 266-75.
20. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clin Salud* 1997; 8:403-22.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* Madrid: TEA, 1997.
22. Rosenberg, M. *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton. NJ: Princeton University Press, 1965.
23. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001; 37:189-97.